

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 158

DU
**MAL DE POTT
HÉRÉDO-SYPHILITIQUE
DORSO-LOMBAIRE**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 19 Avril 1923.

PAR

Sava CHAOULITCH

né le 18 Mars 1897 à STARI-BANOVTZI (Syrmie)

Royaume des Serbes, Croates et Slovènes



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

DU MAL DE POTT
HÉRÉDO-SYPHILITIQUE DORSO-LOMBAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 158

DU
MAL DE POTT
HÉRÉDO-SYPHILITIQUE
DORSO-LOMBAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 19 Avril 1923.

PAR

Sava CHAOULITCH

né le 18 Mars 1897 à STARI-BANOVITZI (Syrmie)

Royaume des Serbes, Croates et Slovènes



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSE RAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRÉVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROQUE, *président*, M. NICOLAS, *assesseur*

MM. CADE et FAVRE, *agrégés*,

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA SŒUR DANITZA

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur G. ROQUE

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Médicale

Qui nous a donné l'idée de ce travail.
Nous le prions d'accepter l'expression de
notre profonde reconnaissance pour
l'accueil qu'il nous a toujours réservé
dans son service et l'honneur qu'il nous
fait de présider notre jury de thèse. *

A Monsieur le Docteur F. PALIARD

Chef de Clinique Médicale

Nous le prions d'agréer ici l'expres-
sion de notre profonde gratitude pour
les précieux conseils et l'aide qu'il nous
a donnés au cours de ce travail.

A MES JUGES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE LYON

DU MAL DE POTT HERÉDO-SYPHILITIQUE DORSO-LOMBAIRE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Les lésions osseuses syphilitiques attirèrent l'attention des cliniciens depuis longtemps. Cependant les localisations vertébrales, rares, quoique observées vers la fin du XVIII^e siècle, ne furent étudiées que bien plus tard.

Portal (1797) observe un malade, qui après avoir eu des douleurs, eut la colonne vertébrale tellement courbée, que sa partie supérieure faisait avec la partie inférieure un angle presque aigu, dont la pointe était l'apophyse épineuse de la 7^e vertèbre dorsale. A l'autopsie on trouva des exostoses multiples sur les tibias, les cubitus et les 5^e, 6^e, 7^e et 8^e vertèbres dorsales. En outre, leurs corps étaient presque entièrement détruits.

Dupuytren (1822) trouve à l'autopsie d'un malade, qui eut des douleurs dans la région cervicale, la 3^e et la 4^e vertèbre cervicale détruite par la carie, et Cloquet (1823) une exostose sur la 10^e dorsale, qui remplissait le canal rachidien et comprimait la moelle.

Récamier (1842) guérit par les pilules de Dupuytren

un malade qui présentait des douleurs dans la région lombaire, suivies au bout d'un an de paraplégie ; la colonne vertébrale ne présentait pas de courbure ; il n'y avait pas d'abcès par congestion.

Piorry observa un malade qui présentait une sciatique, puis une monoplégie gauche, causée par une exostose ou hyperostose de l'apophyse transverse gauche de la 3^e vertèbre lombaire. Le traitement par l'iode de potassium amena la guérison.

Debout (1852) publie l'observation d'un malade dont les lésions des vertèbres cervicales du côté droit, contemporaines d'une roséole, ayant causé la paralysie du membre supérieur droit, furent guéries par le traitement spécifique.

Les malades observés par Vidal de Cassis (1853) et Allain (1858) présentèrent des douleurs et eurent la paraplégie, le premier trois et le second quelques mois après le chancre.

Plusieurs observations semblables furent publiées par Michel, Minich, Ogle, Cooper, Teissier, etc.

Virchow (1860) trouve à l'autopsie d'un malade des gommes dans les tibias, les os du crâne, des exostoses sur les vertèbres et une pachyméningite.

Wilson (1863) publie l'observation d'un malade qui eut les vertèbres cervicales douloureuses, renflées, quelques-unes hyperostosées. Le membre supérieur et inférieur gauche étaient paralysés.

Leyden, se basant sur ses observations, consacre dans sa « Clinique des maladies de la molle épinière » (1874), un chapitre spécial au mal de Pott syphilitique.

Verneuil (1870) publie l'observation d'un garçon,

qui deux ans après une chute fut atteint d'une gibbosité dorsale. Il présentait, en outre, des cicatrices cutanées multiples à caractère spécifique.

Lomikowsky (1879), Fischer (1870), Glück (1880) publièrent des nouveaux cas de mal de Pott syphilitique.

Fournier (1881) analyse dans les « Annales de Dermatologie » l'observation d'un malade qui se plaignait de souffrances sourdes, lancinantes, paroxystiques dans la région rénale, se propageant dans les jambes. A l'autopsie on trouva des gommages dans la 3^e et 4^e vertèbre lombaire ; pachyméningite ; une gomme dans le tronc de la 4^e paire lombaire. L'origine syphilitique de ces lésions fut mise hors de doute par les commémoratifs, l'autopsie et l'examen microscopique fait par Hayem.

Levot (1881) réunit dans sa thèse la plupart des observations connues. Il trouva : des exostoses et hyperostoses gommeuses sept fois à des hauteurs différentes, trois fois à la région cervicale, trois fois à la région dorsale et une fois à la région inférieure. L'ostéomyélite et nécrose fut trouvée : neuf fois à la région cervicale, trois fois à la région lombaire et une fois sur les vertèbres sacrées.

Jürgens (1885) trouva à l'autopsie d'un nouveau-né et d'un enfant mort-né des ostéochondrites des os longs et des vertèbres, et (1888) chez une femme une fracture spontanée de la 3^e cervicale, dont les fragments étaient sclérosés et farcis de gommages.

Fournier (1886) dans son livre « De la syphilis héréditaire tardive » envisage la possibilité des lésions

vertébrales hérédo-syphilitiques. Mais comme chez les quatre malades observés, de 4 à 11 ans, qui ne présentaient pas de signes de tuberculose, il n'a pas pu rechercher la syphilis chez les ascendants, ou en obtenir l'aveu, il ne développe point la question du mal de Pott hérédo-syphilitique, tout en le croyant très vraisemblable.

Jasinski publia en 1891 un travail important où furent réunies ses observations personnelles, dont deux, quoique incomplètes, sont d'un grand intérêt. Il s'agit dans la première d'un enfant de 5 ans qui présentait deux bosses rachidiennes, l'une dans la région sacro-lombaire, l'autre dans la région dorsale inférieure, accompagnées de paraplégie avec anesthésie des deux jambes. Cet enfant eut, étant au sein, une éruption tenace à la plante des pieds et la paume des mains, et des ulcérations autour de l'anus. L'autre, âgé de 6 ans, qui accusait depuis plusieurs mois des douleurs en ceinture et des troubles de la marche, avait une cyphose angulaire à la hauteur de la 11^e vertèbre dorsale. Pas d'abcès ossifluents. Réflexes exagérés, ganglions cervicaux tuméfiés, indurés, kératite parenchymateuse à gauche.

Hallopeau (1891) publia l'observation d'un malade atteint de syphilomes multiples des vertèbres ayant donné des troubles d'innervation, et des exostoses aux tibias, 8^e côte gauche, les pariétaux.

Gangolphe (1893) observa à l'autopsie d'une femme de 24 ans, qui a présenté de nombreuses lésions syphilitiques, la disparition d'une grande partie du corps de la 4^e vertèbre dorsale, et des lésions d'ostéite raré-

fiante sur la 12^e dorsale et la 1^{re} et la 2^e vertèbres lombaires. Dans son livre « Maladies infectieuses et parasitaires des os » (1894) il consacre au mal de Pott hérédo-syphilitique un chapitre spécial.

Staub (1896) publie l'observation d'un cas de mal de Pott syphilitique dorso-lombaire, et Darrier, Mills, Joachimsthal, des cas avec lésions cervicales,

Meyers (1898) publie deux cas de mal de Pott chez des enfants, l'un cervical, l'autre dorsal, sans grands commentaires.

Feltgen (1903) réunit dans sa thèse la plupart de cas publiés. Il conclut, d'après ses observations, que la syphilis peut léser les vertèbres et tous les tissus environnants, que le diagnostic est souvent difficile à établir, vu que les symptômes sont les mêmes que ceux du mal de Pott tuberculeux, et que le pronostic est plus favorable.

Frœlich (1904) publie l'observation d'un mal de Pott hérédo-syphilitique sous-occipital et une observation où la syphilis acquise fut la cause.

Gaspais (1912) réunit dans sa thèse douze observations de mal de Pott sous-occipital, évoluant toutes chez des malades ayant la syphilis acquise.

Pied (1912) publie dans les « Annales de Dermatologie une observation de mal de Pott où, l'âge du sujet, l'évolution de la maladie, le caractère nocturne de la douleur ont fait considérer ce mal de Pott évoluant au cours d'une syphilis héréditaire tardive, comme d'origine syphilitique.

S.-C. Evans et C.-F. Marshall rapportent (1922) l'observation d'un homme de 38 ans, qui contracta la

syphilis en 1905. Les accidents secondaires n'existent pas, à part de légers maux de gorge. En 1914, douleurs lombaires. En 1916, aggravations avec irradiations dans la cuisse gauche. En ce moment, gommès à l'extrémité de la clavicule droite, céphalalgie, insomnie. En 1917, six injections intraveineuses de salvarsan amenèrent une amélioration considérable de l'état général et la disparition des douleurs lombaires. Une radiographie pratiquée montra : une augmentation notable et irrégulière de volume des 2^e, 3^e et 4^e lombaires ; ces vertèbres étant en outre unies les unes aux autres par des productions ostéophytiques, entraînant une rigidité absolue de ce segment de la colonne vertébrale.

De toutes ces nombreuses publications se dégage donc cette idée que la syphilis, soit la syphilis tertiaire, soit la syphilis héréditaire, peut causer sur les vertèbres des lésions évoluant sous l'aspect clinique de mal de Pott. Bien qu'un certain nombre d'auteurs discutent encore pour savoir s'il ne s'agit pas de mal de Pott tuberculeux évoluant sur un terrain syphilitique, il semble que d'après les constatations anatomiques, les symptômes concomittants et l'action du traitement, la nature syphilitique du mal de Pott puisse être affirmée dans un grand nombre de cas.

La localisation de prédilection est certainement la région sous-occipitale, c'est celle que l'on retrouve dans la majorité des observations (Thèse de Gaspais), et l'on admet l'existence d'un mal de Pott cervical syphilitique. La localisation dorso-lombaire est plus rare. Elle existe néanmoins.

Si la syphilis acquise peut être incriminée à la période tertiaire, il semble que l'hérédo-syphilis précoce ou tardive soit plus fréquemment en cause, et c'est au mal de Pott hérédo-syphilitique dorso-lombaire que nous limitons notre sujet.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans la clinique de M. le professeur Roque, un mal de Pott dorso-lombaire avec paraplégie, survenant chez une femme de 30 ans et dont la nature hérédo-syphilitique longtemps méconnue, nous a paru indiscutable en raison des symptômes qui l'accompagnaient.

C'est à ce propos que, intéressé par cette observation, nous avons cherché dans la littérature les cas publiés et nous en avons retenu deux observations : celles de Gangolphe et de Pied.

Nous avons aussi trouvé dans le service de M. le docteur Vignard un cas analogue. Nous le remercions d'avoir voulu nous en communiquer l'observation. Nous avons cherché à la compléter, mais n'y étant pas arrivé nous la publions telle quelle.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Service de M. le professeur ROQUE*)

L. M..., 30 ans, vient de Saint-Martin, où elle est entrée le 21 février 1922. Père vivant, a 60 ans, bonne santé. La mère est morte à 39 ans d'affection inconnue, ou des ulcères variqueux. Elle a eu, en outre, quatre enfants, dont une fille, bien portante ; un fils, tué à la guerre ; une fille, morte en très bas-âge, et un enfant mort-né.

M... a été de bonne santé dans l'enfance. Ne se rappelle aucune maladie. Réglée à 14 ans, toujours très régulièrement. A cet âge apparaissent les premières douleurs dorsales, des picottements, que la malade attribuait à son corset. De plus, à cette époque, la marche, qui avant était presque normale, semble-t-il, quoique la course, facile, fut fréquemment coupée de chute, devient de plus en plus difficile ; les jambes devenant subitement faibles et se fléchissant. En outre, les picottements apparaissent dans les membres inférieurs.

Vue à l'hôpital Trousseau on diagnostiqua *mal de Pott* et on lui mit un corset plâtré que la malade garda un an. Guérie, elle travailla jusqu'en 1914, avec une santé parfaite en apparence, malgré une otorrhée double, disparue en quelques semaines par les lavages, et survenue en 1912.

En 1914, après une chute sur les genoux apparaissent des troubles moteurs et sensitifs. Ces troubles, que la malade a eu en 1910, et qu'elle prenait pour « du rhumatisme », se propageaient dans les membres inférieurs, sur leur face postérieure, ainsi que dans les fesses. Cette « sciatique double » traitée par le siphonage et l'aspirine disparut assez vite. La marche était difficile, la malade disait avoir la sensation qu'elle marchait sur du feutre. L'anesthésie apparut, remontant jusqu'à l'abdomen. La station debout devint impossible. Soignée alors à Lariboisière par une immobilisation de dix-huit mois, elle eut toujours des douleurs dans les membres inférieurs, toujours à type jostérieur, sciatique. Après ces dix-huit mois elle fut guérie et reprit le travail.

En 1916, à la sortie de l'hôpital, apparurent des adénites maxillaires, qui ont suppuré un an après, laissant des fistules et des cicatrices chéloïdiennes.

En 1921, elle accoucha d'un fœtus macéré de huit mois, avec gros placenta, 550 gr. Les suites furent bonnes ; elle est sortie le dixième jour. (Le père de l'enfant, que la malade connaissait depuis trois ans, est, à ses dires, en très bonne santé.) A noter que la malade a un bassin cyphorachitique de 7 cm 5 ; le promontoire attingible à bout des doigts (renseignements pris à la Charité).

Après son accouchement, la malade se sentit à nouveau plus faible, et en juillet 1921 réapparaissent les troubles paraplégiques, tandis que la gibbosité dorsale s'accusait beaucoup. La malade s'alita alors, et dans ce décubitus dorsal les épistaxis, auxquels elle était très sujette dans l'enfance, deviennent même inquiétants pendant un mois, par leur abondance et répétition.

A l'entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, le 21 février 1922, elle présentait une paraplégie spasmodique, moins complète à gauche, et une gibbosité ou niveau de la 7^e dorsale. Elle avait des cicatrices cutanées multiples ; une ulcération ressemblant, paraît-il, à une gomme, sur le bord extérieur du pied gauche ; une déformation du cubitus gauche au tiers moyen, avec os paraissant hyperostosé, indolore. Les deux dernières lésions ont entraîné un traitement antisyphilitique — sirop de Gibert, 30 gr. et iodure de potassium, 2 gr.

A l'entrée dans le service : malade forte, très obèse, mais les membres inférieurs contrastent un peu par leur maigreur relative avec l'embonpoint général. Les yeux sont un peu saillants et brillants.

Aux membres inférieurs : paralysie absolue, spasmodique, avec contractures extrêmes. Babinski bilatéral ; trépidation épileptoïde très facile ; réflexes de défense extrêmement vifs. A noter une laxité anormale, avec hypertension marquée de l'articulation du genou.

La sensibilité au contact et à la piqûre est très fortement diminuée en des nombreux points, de la partie sous-ombilical de l'abdomen aux extrémités, et même jusqu'à 5 cm. au-dessus d'ombilic, avec abolition presque absolue aux cuisses et mollets. Les genoux, face interne surtout, et les pieds paraissent mieux respectés, surtout pour ce qui concerne la sensibilité à la piqûre. D'une façon générale, les pressions profondes se sentent beaucoup mieux que les pressions superficielles. En outre, il y a des troubles manifestes dans ces perceptions. C'est ainsi que pour une piqûre la malade annoncera un pincement, et inversement. L'étude des cercles de Weber donne des résultats différents. Les contacts chauds ne sont nettement perçus qu'au-dessus des genoux. Le sens stéréognostique paraît aussi fortement altéré ; la malade se trompe fréquemment sur les positions différentes qu'on donne à ses membres inférieurs.

Le moindre contact enfin, même à la cuisse, produit de brusques retraits du membre, dont la malade a conscience, alors même qu'elle n'a nullement perçu le contact causal (réflexes de défense).

Aux membres supérieurs les mouvements sont tout à fait normaux.

Pour ce qui est des lésions cutanées, mentionnées plus haut, on remarque : A la cuisse droite, de nombreuses cicatrices arrondies (datant de 1917), assez nettement gaufrées, blanchâtres, nacrées, dont quelques-unes sont bordées d'un petit liseré brun rougeâtre. Elles répondent à des petites suppurations qui ont suivi l'apparition de petites tumeurs s'étant

ouvertes pour donner issue à un pus clair, sans odeur, et ayant évolué sans douleur en quinze jours. Au pied gauche, petite plaie atone, arrondie, de dimensions d'un franc, suintant légèrement, sans pus, adhérent un peu aux plans profonds et paraissant venir du squelette.

Aux mains, à diverses articulations, on trouve des cicatrices de fistules, avec une laxité articulaire un peu exagérée.

Pendant le séjour à Saint-Martin, le deuxième orteil droit se serait tuméfié. Actuellement, l'aspect est normal.



Au cubitus gauche, grosse hyperostose diaphysaire en fuseau, ne gênant nullement la pronation ni la supination.

A la voûte palatine une hyperostose que la malade dit avoir senti toujours.

A la colonne vertébrale, une gibbosité intéressant plusieurs vertèbres, avec cyphose et scoliose à convexité gauche indolore.

On ne trouve pas d'abcès ossifluents.

Poumons. — L'auscultation est difficile, la malade ne s'essayant que très difficilement. Mais on note cependant que le sommet droit est submat, soufflant, avec une respiration rude et granuleuse dans le creux sus-claviculaire et en arrière. Par intervalle, il semble qu'on ait de petits bruits adventices. Pas d'expectoration. Le cœur est normal. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 22 mars, la réaction de Wassermann est positive (D^r Durand).

Le 29 mars, la petite plaie du pied s'est cicatrisée et forme ce matin une petite croûte épaisse.

Depuis 24 heures, la malade se plaint de douleurs thoraciques, en ceinture, à type de névralgie intercostale, avec des paroxysmes assez aigus. Quelques élancement douloureux surviennent aussi par intervalles dans les membres inférieurs, mais beaucoup plus faibles. On ne trouve pas de points douloureux à la pression. Pas d'abcès ossifluent visible.

Le 13 avril 1922 (D^r Durand). Auscultation de la partie antérieure du thorax donne seulement dans les fosses sus-et sous-claviculaires droites une respiration soufflante avec, dans la fosse sus-claviculaire seulement, de petits bruits à timbre de craquements, mats, à peine perceptibles. La sonorité est un peu moins forte à droite, et les vibrations sont légèrement augmentées. Le 20 avril (D^r Durand), cuti-réaction assez fortement positive.

La malade a eu un traitement antisyphilitique (néosalvarsan), qui ne paraît pas avoir amené une grosse modification du côté de sa paraplégie.

La malade est revue en février 1923. Elle n'a pas suivi de nouveau traitement. Il n'y a pas de modification sensible de sa paraplégie. Mais, en décembre 1922, étant restée une journée dans une chambre sans feu, elle ressentit des douleurs rénales et eut, pendant une quinzaine de jours, des urines rouges (hémoglobinurie probable).

La nature hérédo-syphilitique de ce Mal de Pott a été longtemps méconnue, puisque la malade fut traitée par immobilisation dans des corsets plâtrés, une première fois à l'hôpital Trousseau, pendant un an, et plus tard à l'hôpital Lariboisière.

Peut-on l'affirmer ?

I. *Un premier fait est indiscutable.* — La malade est une hérédo-syphilitique et l'on pourrait difficilement trouver une observation où les lésions caractéristiques de l'hérédo-syphilis et de l'hérédo-syphilis osseuse soient en aussi grand nombre.

Les antécédents héréditaires n'ont pas été recherchés avec certitude, les parents étant morts. La mère n'a pas eu de fausses-couches, mais il y a eu une polymortalité infantile assez significative.

Notre malade a présenté successivement :

Dans l'enfance, une hyperostose de la voûte palatine ;

A l'âge de 14 ans, des douleurs dorso-lombaires, suivies d'une sciatique double ;

En 1912, une otorrhée double qui disparut en quelques semaines ;

En 1916, des adénites maxillaires qui se sont mises à suppurer et ont laissé des fistules et de vastes cicatrices chéloïdiennes de toute la région sous-hyoïdienne et de partie inférieure des joues.

En 1917, de petites tumeurs sous-cutanées ayant évolué sans douleur, et donné des ulcérations ayant laissé de nombreuses cicatrices sur les cuisses.

En 1921, elle accouche d'un fœtus macéré, de 8 mois, avec placenta de 550 gr. Son bassin était du type cypho-rachitique, avec diamètre biischiatique de 7 cm. 5 ;

En 1922, ostéite de métatarsien avec petite crou-telle et cicatrice adhérente à l'os ;

En 1923, douleurs rénales et urines rouges, vrai-semblablement hémoglobinurie.

Enfin, on lui trouvait une ostéopériostite indolore du cubitus gauche, dont elle ne peut préciser la date d'apparition.

Toutes ces manifestations sont certainement sous la dépendance de l'hérédo-syphilis. Le Wassermann est positif.

II. *Les lésions vertébrales.* — L'affection a évolué en plusieurs périodes :

A l'âge de 14 ans : douleurs lombaires et sciatique double, traitée par un corset plâtré et suivies de gué-rison apparente ;

En 1910 : réapparition des douleurs dans les jam-bes, traitées comme une sciatique banale ;

En 1914 : nouvelle immobilisation de 18 mois, sui-vie encore d'amélioration ;

En 1921 : nouvelle rechute avec paraplégie spas-modique qui, depuis, n'a pas cédé, malgré l'immobi-lisation.

Les lésions vertébrales sont assez étendues. La gib-bosité est au niveau de la septième vertèbre dorsale, mais la radiographie montre un tassement intéres-sant trois ou quatre vertèbres.

On ne constate absolument aucune trace d'abcès ossifluent, ni cliniquement, ni à la radiographie, et il n'y a pas de raison, étant donné la multiplicité des lésions osseuses, qui toutes sont spécifiques, pour que les lésions vertébrales soient d'autre nature.

III. *La paraplégie.* — C'est une paraplégie spasmodique, dont la cause peut être la lésion vertébrale elle-même ; nous avons trouvé des observations où l'autopsie a montré des hyperostoses, des saillies des corps vertébraux comprimant la moelle. Il semble qu'un processus de méningo-myélite ou plutôt de pachyméningite gommeuse puisse être incriminé avec plus de raison. Il est prouvé, depuis longtemps, que dans le Mal de Pott tuberculeux, c'est le plus souvent à la pachyméningite développée au contact des lésions osseuses qu'est due la paraplégie. La pachyméningite gommeuse est une des manifestations méningo-médullaires de l'hérédo-syphilis ; elle peut expliquer parfaitement la paraplégie spasmodique de notre observation.

Donc hérédo-syphilis certaine, Mal de Pott et pachyméningite qui peuvent être de même nature. Telles sont les conclusions que l'on est en droit de porter chez cette malade. Nous y ajoutons aussi : la longue durée de l'évolution, sans amener d'abcès ossifluent. Il ne manque à notre observation, pour être véritablement probante que l'efficacité du traitement. Notre malade a été indocile, les lésions étaient trop anciennes (quinze ans) et le traitement trop peu prolongé pour que l'on puisse tenir compte de ce fac-

teur. Aucun argument ne peut être invoqué avec certitude en faveur de l'origine tuberculeuse de ce Mal de Pott, Tous les arguments, au contraire, sont en faveur de sa nature hérédo-syphilitique.

En admettant même qu'il y ait chez cette malade un Mal de Pott tuberculeux, le seul fait de son développement sur un terrain aussi indiscutablement syphilitique, serait intéressant : car, alors, il s'agirait d'un de ces cas de syphilo-tuberculose analogues — toutes proportions gardées — à ces hybrides pulmonaires décrites par Sergent. En traitant la syphilis, on modifie, dans certains cas pareils, l'évolution de la tuberculose.

On peut et on a pu méconnaître la nature exacte des lésions présentées chez de tels malades, mais une fois l'hérédo-syphilis reconnue, on serait inexcusable de ne pas entreprendre un traitement.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIGNARD.)

Mal de Pott dorso-lombaire. Hérédo-syphilis (?).

L... L..., âgé d'un an, est le frère jumeau d'une sœur très bien portante. Sa mère n'a pas eu de fausses couches, mais elle dit que sa première grossesse s'est terminée par la mort de l'enfant à l'accouchement à terme, faute de secours (?).

Il est amené à la Charité, le 24 juillet 1922, à cause d'une gibbosité dorso-lombaire.

Enfant très anémié, porteur d'ulcérations pemphigoïdes sur tout le corps, mais sauf à la plante des pieds et de la

paume des mains. Le foie est gros, débordant les côtes de deux travers de doigt. La rate est grosse, nettement perçue. Nez en lorgnette. Nouures rachitiques prononcées.

Dans la région dorso-lombaire se trouve une gibbosité, assez prononcée, indolore. Pas d'abcès.

Traitement : Frictions mercurielles le quatrième jour, c'est-à-dire le 29 juillet, jusqu'au 2 août. Le 3 août, néosalvarsan 0,05, jusqu'au 8 août. Le 9, suspension des frictions. Le 10, novarsénobenzol 0,05. Le 14, sirop hémoglobine, et le 17, novarsénobenzol, 0,05.

Le malade part, le 21 août, à Debrousse.

OBSERVATION III

(PIED H., *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

Tome III, 1912, page 298.)

Mal de Pott syphilitique d'origine probablement héréditaire guéri par le traitement spécifique.

Le 14 mai 1911, on nous demande un conseil pour le jeune Ch..., 24 ans, ouvrier agricole. Il se plaint, nous dit son patron, d'une gêne dans les reins, quand il travaille longtemps penché, et de douleurs dans la même région survenant vers le milieu de la nuit.

Rien dans l'aspect extérieur de ce jeune homme, habillé pour se rendre au travail, ne faisait prévoir la maladie dont il était porteur. Nous pensions qu'il s'agissait là probablement d'un lumbago dû à un refroidissement et nous nous serions contenté d'une simple ordonnance pour ce conseil pris à la volée, à la fin d'une autre visite, si nous n'avions été frappé du caractère nocturne des douleurs qu'il accusait.

Nous demandons à ce jeune homme de se déshabiller et nous nous rendons compte aussitôt qu'il présente une défor-

mation considérable de la colonne vertébrale. Cyphose lombaire angulaire, un peu plus fermée que l'angle droit, avec lordose dorsale compensatrice.

Scoliose sacrée à convexité droite. La déformation sacrée nous fait penser qu'il s'agit là d'une lésion fort ancienne, contemporaine du développement du sujet. Ce jeune homme nous raconte en effet, qu'il a commencé à souffrir des reins à l'âge de 16 ans, qu'il a été soigné, pendant deux ans, par des séances de suspension, sans appareil plâtré, par l'huile de foie de morue et des toniques.

A partir de l'âge de 18 ans, il n'a souffert qu'à de rares intervalles, mais à toujours, dit-il, conservé une bosse dans les reins. Malgré cela, il a fait son service militaire, ainsi qu'en témoigne son livret, et a été libéré au mois de septembre dernier.

Pendant son service, il a eu, à différentes reprises, des crises douloureuses analogues à celles qu'il décrit, crises auxquelles on n'a pas attaché grande importance.

Quand on ne regarde pas son dos, Ch... présente en effet toutes les apparences d'un homme robuste, fortement musclé ; taille 1 m. 68, poids, 70 kilos.

La lésion vertébrale n'est nullement consolidée, comme le faisait penser son histoire.

En effet, l'élongation, puis la réclinaison de la colonne vertébrale permettent de diminuer d'au moins moitié la déformation lombaire. Fait remarquable, la pression et les mouvements, soit au niveau de la région malade et toujours déformable, soit dans tout autre point de la colonne vertébrale, ne réveillent aucune douleur.

Le malade décrit très bien ces deux sensations anormales : gêne pendant le jour, lorsqu'il est obligé de garder longtemps la position penchée, et douleurs la nuit.

Poursuivant notre examen, nous constatons que les reflexes rotuliens sont complètement abolis, que le sujet présente des canines bicuspidés et qu'enfin sa fosse iliaque gauche est presque remplie d'une tumeur dure, complètement indolore.

Cette tumeur s'est évidemment constituée dans la région

du psoas, et vraisemblablement à ses dépens. En effet, elle se modifie, s'élargit et devient moins dure quand le muscle fonctionne et fléchit la cuisse sur le bassin.

Il n'existe aucun trouble du côté des réservoirs, pas de lésion génitale, pas de cicatrice. Les antécédents héréditaires de Ch... sont impossibles à rechercher ; il n'a pas connu son père ; il croit que sa mère, toujours vivante, n'a jamais été malade. Nous n'avons pu l'examiner.

Malgré l'absence de commémoratifs, nous avons conclu à l'origine syphilitique et probablement héréditaire des lésions médullaires et vertébrales de Ch... La longue durée de cette maladie remontant vraisemblablement au développement du squelette, l'étendue et la gravité des lésions complètement indolentes, l'état, en apparence parfait, de la santé générale, la force musculaire un peu au-dessus de la moyenne lui permettant les durs travaux, les caractères spéciaux du psoïtis, sa durée, son indolence absolue, les signes de myélite transverse (abolition des reflexes rotuliens, douleurs nocturnes dans la région lombaire), ont entraîné notre conviction.

Nous avons fait aussitôt mettre ce jeune homme au repos absolu et, après examen des urines, nous lui avons fait, en mai, en juillet, en septembre, trois séries d'injections de sels solubles, les deux premières constituées par douze injections de 2 centigrammes de biiodure d'hydragyre ; la dernière, par dix injection de 1, puis 2 centimètres cubes de cacydylate iodohydrargyrique.

Après un mois de repos absolu sur un lit dur, nous avons appliqué un corset plâtré, bientôt remplacé par un appareil plus léger, en celluloïde. Depuis la première série d'injections, les douleurs nocturnes n'ont pas reparu ; après la deuxième, les reflexes rotuliens ont reparu complètement à gauche, incomplètement à droite ; la tumeur dure, formée par le psoas a diminué de moitié de son volume ; la déformation lombaire ne forme plus qu'une légère saillie postérieure, arrondie et non pas angulaire ; le sujet a pris 8 kilogrammes de poids et grandi de 16 millimètres.

Après la troisième série d'injections, le 20 septembre 1911, les reflexes rotuliens ont reparu des deux côtés, la tumeur

formée par le psoas a disparu : ce muscle présente encore à l'examen des zones irrégulièrement disséminées d'infiltration diffuse, l'augmentation totale du poids est de 10 kilos. La courbure sacrée ne s'est nullement modifiée.

Une quatrième série d'injections fut pratiquée à la fin de novembre. En ce moment, le malade que nous venons de voir avec notre aimable confrère, le Docteur Vigouroux, de Cameilles-en-Parisis, qui, à notre prière, l'avait suivi et traité avec nous, paraît cliniquement guéri. Il ne ressent plus aucune espèce de douleur ; la cyphose n'est plus visible qu'à une très légère saillie arrondie de la colonne lombaire. L'augmentation de la taille est de 2 cm.

Les lésions squelettiques paraissent consolidées et ce fait est d'autant plus intéressant que le malade a gardé le repos seulement pendant un mois ; puis s'est contenté du port d'un appareil léger qu'il ne conservait pas la nuit.

Pour confirmer cette guérison, nous allons continuer, un mois sur deux, le traitement intensif pendant cette année.

OBSERVATION IV (Résumée)

GANGOLPHE M., *Archives provinciales de chirurgie*, 1893. —
Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894, pag.
597.

Hérédo-syphilis tardive. Cirrhose. Ascite. Localisations osseuses multiples (crâne, face, os longs, os plats, rachis).

C... M... J..., 24 ans, entrée à Chazeux le 28 avril 1890. Son père est mort à 72 ans. Sa mère morte à 52 ans, avait la voix enrouée et du nasonnement. Un frère vivant, âgé de 17 ans ; trois sont morts jeunes. Nourrie par sa mère ; non réglée ; elle n'aurait jamais eu des rapports avec personne ; sa santé était passable. A 16 ans, elle eut une gomme sur la voûte palatine et l'effondrement nasal, et à 19 ans, la fracture d'une jambe. Crises intenses de céphalée et névralgie, il y a trois

ans, ayant disparu lors de l'apparition d'une ostéite du frontal. Il y a deux ans, le bras gauche devint volumineux et enflammé.

A l'entrée dans le service, on constate une plaie déprimée, triangulaire, sur la partie moyenne du frontal, de 3 centimètres de côtés, au centre de laquelle l'os est à nu. Au-dessus et à gauche de cette plaie, deux cicatrices adhérentes. Nez effondré. Vaste perforation ovale de la voûte palatine. Absence de la luvette. Maigreur très grande des membres. Le coude gauche présente à son bord externe plusieurs fistules, paraissant aboutir à l'extrémité inférieure de l'humérus. Voix nasonnée ; les aliments ne passent qu'exceptionnellement par le nez.

Traitement tonique et ioduré.

Le 5 juin, tout est cicatrisé ; absence des douleurs ; la malade sort du service.

Un an et demi plus tard, elle entre dans le service de M. Bard. Ascite considérable, œdème des membres inférieurs. Vives douleurs dans le bras gauche, avec induration assez marquée sur l'humérus, à 2 cm. au-dessous du V deltoïdien. Ces douleurs ont augmenté pendant le transport à l'hôpital. Dyspnée assez vive. Riche circulation veineuse complémentaire, flot très net. Matité remontant jusqu'à l'ombilic. Matité hépatique et splénique étendues. La pression, même légère, dans la région hépatique est douloureuse. Céphalées peu intenses, assez rares. Quelques douleurs dans les jambes. La gomme est toujours en évolution. A la partie moyenne du fémur gauche, une exostose saillante, de volume du poing, survenue depuis six mois. L'humérus gauche présente à sa partie moyenne un renflement annulaire. L'extrémité supérieure du cubitus et l'olécrâne de deux côtés sont augmentés de volume.

Le 18 septembre, une ponction donna 3,700 gr. de liquide séreux. Battements du cœur normaux. Pas de toux. La malade prend 2 grammes d'I K ; depuis le 16, la dose est élevée à 3 grammes.

Après une amélioration passagère, l'état s'aggrave et la malade succombe.

A l'autopsie, (faite le 30 septembre) on ne trouve pas des lésions tuberculeuses aux poumons. Le foie présente une cirrhose irrégulière, sans gommès. La rate présente de nombreuses plaques scléreuses.

Lésions osseuses. — L'humérus droit augmenté de volume, irrégulier à sa partie supérieure, présente en arrière de la grosse tubérosité des hyperostoses et vermourures. La grosse tubérosité est creusée d'une cavité. L'humérus gauche présente un foyer d'ostéomyélite, sans séquestres, dans sa diaphyse ; l'épiphyse inférieure est hyperostosée, trouée, déformée.

Le radius droit, 5 millimètres plus long que le gauche, présente des perforations multiples à sa partie moyenne. Le cubitus droit, très augmenté de volume au bulbe, est vermouru.

Le fémur droit présente au tier moyen un renflement, dont la surface est hérissée de stalactites. La ligne âpre est le siège d'une série de saillies ostéophytiques. Le fémur gauche est augmenté de volume, boursoufflé, troué d'orifices, au tiers moyen. Le canal médullaire est comblé sur les deux bouts de la fracture qu'il présente. Au-dessus il présente un foyer d'ostéomyélite gommeuse. Le tibia gauche d'un centimètre plus court que le droit, est cylindroïde, nullement en forme de lame de sabre.

Les omoplates, de dimensions différentes, présentent de nombreux points hyperostosés, épaissis et vermourus.

Le bassin présente : une augmentation de volume de l'épine iliaque postéro-supérieure droite ; l'ischion, les branches ischio-pubiennes et ischio-iliaques sont déformées. Ces os sont boursoufflés, vermourus par places ; le rebord cotyloïdien a disparu dans les deux tiers inférieurs de son pourtour.

Les vertèbres. — Le corps de la 4^e dorsale est en grande partie résorbé. La 12^e dorsale, 1^{re} et 3^e lombaires sont modifiées pas ostéite raréfiante, l'état poreux est prononcé sur divers points, notamment vers les apophyses articulaires. Il devrait exister sans doute un foyer dans le corps de la 12^e dorsale, ainsi qu'en témoigne une petite excavation arrondie.

Le crâne présente une vaste perte de substance au niveau du frontal, de la région brégmétique et de la voûte palatine. Nécrosés, les os nasaux forment un plan unique vertical.

CHAPITRE III

Etude Clinique.

Ces quatre observations de mal de Pott syphilitique dorso-lombaire, rattaché à l'hérédo-syphilis, nous permettent d'avoir sur cette affection une vue d'ensemble, que nous allons exposer. Sur beaucoup de points d'ailleurs, on ne peut le différencier des autres localisations vertébrales de la syphilis, notamment au point de vue de l'étiologie et de l'anatomie-pathologique.

Etiologie.

Le mal de Pott syphilitique dorso-lombaire peut être observé à tous les âges, dans l'un et l'autre sexe. Il est rare toutefois qu'il débute dès la première enfance. On a signalé des lésions vertébrales chez des nouveaux-nés syphilitiques (Jürgens). Un malade est âgé d'un an (Observ. II). Deux autres ont 5 et 6 ans (Jasinski).

Il débute beaucoup plus souvent dans la seconde

enfance et dans l'adolescence (14 ans pour l'Observ. I). Quelquefois même il est plus tardif, entre 25 et 30 ans. Il devient alors très difficile de dire s'il s'agit d'hérédo-syphilis tardive ou de syphilis acquise arrivée à la période tertiaire. On sait que les accidents tertiaires peuvent, comme pour beaucoup de syphilis viscérales, s'observer chez des malades dont l'accident primaire a passé inaperçu et dont la période secondaire ne s'est accompagné d'aucune manifestation importante.

Le début est d'ailleurs difficile à préciser avec certitude, s'il n'y a pas de phénomènes moteurs accentués. Le malade de l'observation III, âgé de 24 ans, a pu faire son service militaire.

La durée de l'évolution est longue, plus longue semble-t-il que pour le mal de Pott syphilitique sous-occipital, où les lésions de l'atlas et de l'axis déterminent des troubles dans la statique de la tête et des désordres importants. Cette évolution peut d'ailleurs être coupée de périodes de remissions.

Anatomie Pathologique.

A. — LÉSIONS VERTÉBRALES. — Les affections syphilitiques de la colonne vertébrale, qu'il s'agisse de la syphilis héréditaire tardive ou de la syphilis acquise se ressemblent et peuvent être divisées en : 1° ostéomyélite gommeuse ; 2° ostéopériostite.

1° *Ostéomyélite gommeuse.* — Elle peut être : a) diffuse, ou b) circonscrite :

a) *Diffuse*. — Elle atteint le plus fréquemment le corps de la vertèbre. On le trouve alors creusé de galeries, vermoulures. Le périoste peut être décollé sur une certaine étendue, et l'espace qui le sépare de la vertèbre est alors rempli d'une masse molle, caséeuse, jaunâtre. D'autres fois il est intimement soudé à l'os adjacent. Une partie de la vertèbre peut disparaître, être résorbée ; ailleurs on trouve l'os raréfié, érodé, rugueux et quelquefois des néo-productions.

Les cartilages, ainsi que les disques intervertébraux peuvent être atteints, de même que les trous de conjugaison et les lames vertébrales. Les ligaments peuvent être décollés, détruits ou rester indemnes. Les parois du canal rachidien peuvent être érodés et le canal rempli des masses gommeuses.

b) *Ostéomyélite gommeuse circonscrite*. — Elle siège généralement dans le corps même de la vertèbre, tantôt dans sa partie antérieure, alors elles peuvent être sous-périostées, tantôt dans la partie postérieure. Ces gommes peuvent être multiples, le corps paraît en être farci. Elles sont tantôt petites, tantôt volumineuses. Leur contour est presque toujours régulier, ovalaire ou arrondi.

2° *Ostéopériostite*. — Les lésions de l'ostéopériostite sont analogues aux lésions d'une ostéopériostite infectieuse banale. Le périoste se trouve épaissi, sa vascularisation est augmentée. La couche ostéogène, riche en éléments embryonnaires, s'incruste de sels calcaires et forme de l'os nouveau. L'intérieur du tissu osseux est aussi le siège d'une hyperémie, et les

canaux de Havers subissent une dilatation par résorption de leurs parois. L'apport des éléments jeunes continuant, il se forme là aussi du tissu nouveau.

Les ostéopériostites sont le plus souvent chroniques et sub-aiguës. Elles aboutissent presque toujours à la production d'hyperostoses, exostoses, souvent volumineuses.

L'ostéopériostite peut intéresser les diverses parties des vertèbres, mais le plus souvent elle se localise sur la face soit antérieure, soit postérieure, du corps de la vertèbre et aboutit à la production d'exostes qui peuvent parfois obstruer le canal rachidien.

L'ostéopériostite est donc responsable des exostoses et hyperostoses trouvées à l'autopsie. Mais s'il y a des déformations rachidiennes, effondrement des corps vertébraux, c'est l'ostéomyélite gommeuse qu'il faut incriminer. Elle intéresse soit un seul ou plusieurs corps vertébraux, et la gibbosité qui en résulte est d'importance variable. Ce sont, en général, des gibbosités angulaires.

On peut observer dans les parties molles intrarachidiennes, les muscles, le psoas (obs. III) des masses gommeuses, les infiltrant, du volume d'un poing, d'un œuf ou davantage. Mais jamais on n'a observé d'abcès ossifluent et une des premières actions du traitement antisiphilitique est précisément de faire fondre ces masses gommeuses périchachidiennes.

B) LÉSIONS NERVEUSES. — a) *Racines et nerfs*. — Ils peuvent être englobés dans les masses gommeuses, et comprimés par elles, ou bien par des hyperostoses.

La compression s'exerce soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du canal rachidien, soit plus fréquemment au niveau des trous de conjugaison. Cette compression est responsable des douleurs spontanées et paroxysmiques. A l'examen microscopique on a trouvé des lésions de névrite interstitielle.

b) *Méninges et moelle*. — Elles peuvent rester saines. Mais on peut observer à leur niveau des lésions diverses :

La dure-mère : peut être injectée, épaissie et présenter des lésions de pachyméningite gommeuse, spéciale à la syphilis héréditaire.

La moelle : peut être atteinte de diverses façons. Comme pour le mal de Pott tuberculeux, il est rare qu'elle soit comprimée par les corps vertébraux effondrés.

Elle peut être comprimée et enserrée par la pachyméningite gommeuse. Elle peut enfin être atteinte elle-même, sous forme de méningo-myélite syphilitique, qui a été décrite dans la thèse de Volpert en 1894 et de Gasne, 1897, et se présente à l'examen macroscopique et microscopique avec ses caractères habituels. Il est vraisemblable que c'est à cette méningomyélite que l'on peut rattacher la paraplégie spasmodique présentée par notre malade.

Symptomatologie.

La symptomatologie du mal de Pott syphilitique est à peu près la même que celle du mal de Pott tuber-

culeux. Nous aurons donc à examiner : 1° la douleur, 2° la gibbosité et 3° les troubles moteurs et sensitifs.

1° DOULEUR. — La douleur peut être spontanée ou provoquée.

Spontanée, elle est presque toujours le phénomène initial. Cette douleur siège au niveau de la région malade, les malades arrivent à la localiser exactement, ou siège à distance, s'irradie plus ou moins loin. Elle peut prendre le type de névralgie, et siéger alors le long d'un nerf, imiter plus ou moins une névralgie intercostale, une sciatique. Elle est augmentée par la marche, par la station debout prolongée, par la toux, les inspirations profondes. Le repos ne l'apaise que peu, ou pas du tout. Souvent elle s'accompagne d'élançements douloureux dans un membre. Elle peut survenir la nuit, prendre le caractère ostéocope, être intense, se produire dès que le malade est au lit.

D'autres fois elle est intermittente, paroxystique. Alors les accès de douleur, souvent violents, durent plus ou moins longtemps, trois, quatre heures, et sont accompagnés d'irradiations dans les membres. Ces accès sont suivis d'une accalmie qui peut durer quelques jours, voir même de semaines.

Ces formes plus spécialement douloureuses, sont surtout provoquées par des productions hyperostotiques comprimant les racines et les nerfs au niveau des trous de conjugaison.

La douleur provoquée siège au niveau des vertèbres

lées. On peut la provoquer par la palpation, la pression, la percussion. Elle est variable.

Dans certaines observations les douleurs spontanées et provoquées manquent complètement.

2° LA GIBBOSITÉ. — La gibbosité survient longtemps après l'apparition des douleurs et des troubles sensitivo-moteurs. Elle peut siéger sur n'importe quelle région de la colonne. Elle reste, en général, dans le plan sagittal, elle est alors angulaire et médiane. La courbure peut être peu accentuée ; d'autres fois son angle de courbure est très accusé, presque aigu. On observe, de part et d'autre de la gibbosité, des courbures de compensation (cypho-scoliose).

3° TROUBLES NERVEUX. — Indépendamment des douleurs, on observe :

a) *Des troubles moteurs.* — Ils sont souvent précoces, mais apparaissent d'une façon lente et graduelle, réalisant le tableau de la claudication intermittente de la moelle ; le malade se fatigue vite, se repose fréquemment, les jambes deviennent lourdes et raides, obligeant le malade à faire de courtes enjambées. De temps en temps les jambes fléchissent, se dérobent, et l'on peut avoir une chute subite.

Ainsi s'installe progressivement une paraplégie plus ou moins complète, parfois absolue, accompagnée de contractures et d'atrophie musculaire.

b) *Les réflexes.* — C'est une paraplégie spasmodique avec l'exagération des réflexes, du clonus du pied et de la rotule. Babinski est en extension ; les

réflexes de défense très exagérés. Dans certains cas (observ. III) alors qu'il n'y avait aucun trouble paraplégique, les réflexes rotuliens étaient abolis et le traitement mercuriel les fit rapidement reparaitre. Il semble que l'abolition des réflexes ne doive pas être mise sur le compte du mal de Pott, mais plutôt sur le compte de la syphilis elle-même.

c) *Troubles sensitifs.* — Ce sont, soit des modifications de la sensibilité subjective : fourmillements, picotements, élancements douloureux dans les membres. Ou bien encore des sensations anormales, comme celles accusées par notre malade qui disait marcher sur du feutre, sur du coton.

Les troubles de la sensibilité objective consistent en dissociation à la sensibilité à la piqure et au contact. Ils sont très variables. Notre malade présentait une abolition presque complète de la sensibilité sur les membres inférieurs, une diminution de la sensibilité au contact et à la piqure sur l'abdomen et la partie inférieure du thorax. Elle présentait, en outre, des erreurs de localisation et une grosse abolition du sens stéréognostique.

d) *Troubles des réservoirs.* — Ils peuvent être précoces et très importants.

Diagnostic et Traitement.

Le diagnostic comporte deux points principaux :

1° Reconnaître le mal de Pott.

2° Reconnaître sa nature syphilitique et éliminer le mal de Pott tuberculeux.

1° RECONNAITRE LE MAL DE POTT. — Les difficultés de diagnostic sont les mêmes qu'en présence d'un mal de Pott tuberculeux. Nous ne nous y arrêterons pas. Les douleurs fixes et tenaces, à type radiculaire ou autre éveilleront l'attention, et la constatation d'une gibbosité ou des lésions à la radiographie viendra confirmer le diagnostic.

2° RECONNAITRE SA NATURE SYPHILITIQUE. — C'est ici le véritable nœud du problème. Il n'est pas douteux que les lésions et déformations vertébrales du mal de Pott sont le plus souvent tuberculeuses.

Plusieurs faits sont cependant à considérer :

a) *La longue durée de l'évolution*, beaucoup plus grande que pour un mal de Pott tuberculeux ;

b) *L'absence d'abcès ossifluent*. — Malgré l'évolution prolongée ils font toujours défaut. Même dans les cas les plus anciens on ne peut en constater ni cliniquement, ni à la radiographie. Il faut savoir que des masses gommeuses infiltrant le psoas ou les parties molles périrachidiennes peuvent en imposer pour un abcès froid ; elles n'en ont ni la consistance, ni la marche progressivement envahissante. Enfin, elles fondent sous l'influence du traitement.

c) *La constatation de signes associés d'hérédo-syphilis*. — Il est rare que les localisations vertébrales soient isolées. Elles sont, en général, accompagnées d'autres stigmates, d'autres lésions osseuses plus caractéristiques. Dans presque tous les cas c'est,

en effet, par la constatation d'autres signes d'hérédo-syphilis en général et d'hérédosyphilis osseuse en particulier que l'on arrive au diagnostic. L'interrogatoire des parents quand il est possible ne sera pas négligé : syphilis acquise, polymortalité infantile, fausses-couches de la mère. Et sur le sujet lui-même on constate toujours des lésions significatives : exostose de la voûte palatine, voûte ogivale, perforation du voile du palais, dents d'Hutchinson, ostéites gommeuses disséminées, etc..., etc... C'est un des meilleurs arguments en faveur de l'origine syphilitique d'un mal de Pott.

Peut-on toujours l'affirmer ? Ne peut-il s'agir d'une association, d'une hybride syphilo-tuberculeuse ? Doit-on rester sur une sage réserve ? C'est possible dans certains cas. Quand il s'agit de sujets presque adultes, les recherches de laboratoire pour déceler la tuberculose n'ont pas une valeur considérable : cutiréaction, intradermoréaction, sérodiagnostic tuberculeux sont presque toujours positifs, on le sait. La recherche de la déviation du complément à l'antigène de Besredka paraît avoir plus de valeur. On la recherchera s'il est possible.

Mais à notre avis, chez un Pottique dont l'évolution est lente, qui n'a pas d'abcès par congestion, qui n'a pas d'autres signes de tuberculose sûre, il suffit de constater des stigmates certains d'hérédo-syphilis pour être en droit de dire qu'il s'agit vraisemblablement d'un mal de Pott syphilitique, et pour être en droit d'instituer un traitement spécifique.

d) *Le traitement d'épreuve.* — Il s'impose en effet dans ces cas là, et on aura recours à l'iodure, au mercure, sous forme de bi-iodure ou au néosalvarsan.

Sous l'influence du traitement on a obtenu des améliorations considérables, des guérisons définitives. Si les résultats n'ont pas paru répondre à nos espoirs dans l'observation I, on peut incriminer d'une part l'ancienneté des lésions (plus de quinze ans), d'autre part l'indocilité de la malade qui ne s'est pas soumise à un traitement intensif et prolongé. Néanmoins, un premier résultat avait été obtenu, l'assèchement de la fistule du métatarsien gauche. L'efficacité du traitement confirme définitivement le diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — L'existence du mal de Pott cervical syphilitique est prouvée par de nombreuses observations.

II. — Nous rapportons l'observation d'une malade présentant avec un mal de Pott dorso-lombaire ancien, compliqué de paraplégie spasmodique, des stigmates nombreux et indiscutables d'hérédo-syphilis à prédominance osseuse, sans signes de tuberculose.

III. — Malgré de prudentes réserves on peut dire que ce mal de Pott à évolution prolongée, sans abcès ossifluent, est vraisemblablement un mal de Pott hérédo-syphilitique.

IV. — Le mal de Pott dorso-lombaire hérédo-syphilitique existe. Son étiologie, son anatomie pathologique, ses symptômes ont pu être précisés. Mais il est rare que l'on ose affirmer son diagnostic.

V. — Chez un Pottique dont l'évolution est lente, qui n'a ni abcès par congestion, ni d'autres signes de tuberculose, il suffit de constater des stigmates cer-

tains d'hérédo-syphilis en général, et d'hérédo-syphilis osseuse en particulier, pour être en droit de dire qu'il s'agit vraisemblablement d'un mal de Pott syphilitique, et pour être en droit d'instituer un traitement spécifique, qui se montrera efficace s'il est bien conduit.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
G. ROQUE.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 22 Mars 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNET. — *Lyon Médical* 1908, p. 862.
- DARRIER (J.). — Carie syphilitique des vertèbres cervicales avec pachyméningite syphilitique, etc. *In Société anatomique*, janvier 1893.
- EVANS (S.-C.) et MARSHALL (C.-F.). — Spondylite syphilitique. *In Bulletin Médical de Paris*, 20 mars 1920.
- FELTGEN. — Du pseudo mal de Pott syphilitique. *Thèse de Nancy*, 1903.
- FISCHER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 22, Bd. pag. 420.
- FOURNIER (Alf.). — Un cas de mal de Pott syphilitique. *In Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1881.
- *La syphilis héréditaire tardive*, 1886.
- GANGOLPHE (M.). — Hérédo-syphilis tardive ascite. Localisations osseuses multiples, etc. *In Archives provinciales de Chirurgie*, janv. 1893.
- *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894, p. 597.
- GROS et LANCEREUX. — *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1861.
- JASINSKI. — Ueber syphilitische Erkrankungen des Wierbelsäule. *In Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1881 et 1891.
- JURGENS. — *Charité-Annalen*, 1885, p. 730.
- LEVOT. — Les lésions syphilitiques du rachis. *Thèse de Paris*, 1881.

LEYDEN. — *Klinik des Rückenmarcks Krankheiten*, 1874.

— Ueber einen Fall von syphilitischen Wierbelerkrankungen. *In Berlin. Klinische Wochenschrift*, 1889, n° 21.

LOMIKOWSKY. — *Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1879, p. 335.

MAURIAC (Ch.). — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, 1890, p. 358.

MILLS. — *Phalad. Hosp. report.*, 1896, p. 141.

PIED (H.). — Mal de Pott syphilitique d'origine probablement héréditaire, guéri par le traitement spécifique. *In Annales de Dermatologie et de Syphilligraphie*. Tome III, 1912, p. 298.

STAUB. — *Wien, med. Presse* 1896, p. 1468.

VERNEUIL (V.) — Du mal de Pott syphilitique. *Gazette des Hôpitaux*, 1879.

VIRCHOW. — *Syphilis constitutionnelle*.

ZAMBACCO. — *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1862.

TABLE DES MATIERES

Chapitre premier. — Introduction	7
Chapitre II. — Observations	15
Conclusions	43
Bibliographie	45
